

CHỈ ĐỊNH NGƯỜI ĐẠI DIỆN

Tên của Bên Chỉ Định	Số Medicare (bên người thụ hưởng) hoặc Mã Định Danh Nhà Cung Cấp Quốc gia (bên nhà cung cấp hoặc nhà cung ứng là bên)
----------------------	---

Phần 1: Chỉ Định Người Đại Diện

Do bên chỉ định người đại diện (tức là người thụ hưởng Medicare, nhà cung cấp hoặc nhà cung ứng) hoàn thành:

Tôi chỉ định cá nhân có tên trong Phần 2 làm người đại diện cho tôi liên quan đến yêu cầu bồi thường hoặc quyền được khẳng định của tôi theo Tiêu Đề XVIII của Social Security Act (Đạo Luật An Sinh Xã Hội) ("Đạo Luật") và các điều khoản liên quan của Tiêu Đề XI của Đạo Luật này. Tôi cho phép cá nhân này, hoàn toàn thay mặt tôi, đưa ra mọi yêu cầu; trình bày hoặc đưa ra bằng chứng; nhận thông tin kháng cáo; và nhận bất kỳ thông báo nào liên quan đến yêu cầu bảo hiểm, kháng cáo, khiếu nại hoặc yêu cầu của tôi. Tôi hiểu rằng thông tin y tế cá nhân liên quan đến yêu cầu của tôi có thể được tiết lộ cho người đại diện được chỉ định dưới đây.

Chữ Ký của Bên Chỉ Định Người Đại diện	Ngày	
Địa Chỉ Đường Phố	Số Điện Thoại (có Mã Vùng)	
Thành Phố	Tiểu Bang	Mã Zip
Địa Chỉ Email (không bắt buộc)	Số Fax (không bắt buộc)	

Phần 2: Chấp Nhận Chỉ Định

Do người đại diện hoàn thành:

Tôi, _____, xin chấp nhận chỉ định trên. Tôi xác nhận rằng tôi không bị mất tư cách, bị đình chỉ hoặc bị cấm hành nghề trước Department of Health and Human Services (HHS, Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh); rằng với tư cách là nhân viên hiện tại hoặc trước đây của Hoa Kỳ, tôi không bị mất tư cách đại diện cho bên chỉ định; và tôi xác nhận rằng mọi khoản phí đều có thể phải được Bộ Trưởng xem xét và phê duyệt.

Tôi là một _____
(Tình trạng nghề nghiệp hoặc quan hệ với bên chỉ định, ví dụ: luật sư, người thân, v.v.)

Chữ Ký của Người Đại Diện	Ngày	
Địa Chỉ Đường Phố	Số Điện Thoại (có Mã Vùng)	
Thành Phố	Tiểu Bang	Mã Zip
Địa Chỉ Email (không bắt buộc)	Số Fax (không bắt buộc)	

Phần 3: Miễn Trừ Phí Đại Diện

Hướng dẫn: Phải hoàn thành phần này nếu người đại diện được yêu cầu hoặc chọn miễn trừ phí đại diện của họ. (Lưu ý rằng các nhà cung cấp hoặc nhà cung ứng đang đại diện cho người thụ hưởng và đã cung cấp các vật dụng hoặc dịch vụ không được tính phí đại diện và phải hoàn thành phần này.)

Tôi từ bỏ quyền của mình trong việc tính phí và thu phí đại diện _____ trước Bộ Trưởng HHS.

Chữ ký	Ngày
--------	------

Phần 4: Miễn Trừ Thanh Toán cho Vật Dụng hoặc Dịch Vụ Đang Là Vấn Đề Tranh Cãi

Hướng dẫn: Các nhà cung cấp hoặc nhà cung ứng đang là người đại diện cho người thụ hưởng mà họ đã cung cấp các vật dụng hoặc dịch vụ phải hoàn thành phần này nếu kháng cáo liên quan đến một vấn đề về trách nhiệm pháp lý theo Mục 1879(a)(2) của Đạo Luật. (Mục 1879(a)(2) nói chung đề cập đến việc liệu nhà cung cấp/nhà cung ứng hoặc người thụ hưởng không biết hoặc không thể dự kiến sẽ biết một cách hợp lý rằng các vật dụng hoặc dịch vụ đang là vấn đề tranh cãi sẽ không được Medicare bao trả hay không.)

Tôi từ bỏ quyền của mình trong việc thu khoản thanh toán cho các vật dụng hoặc dịch vụ đang là vấn đề tranh cãi từ người thụ hưởng trong kháng cáo này nếu một quyết định về trách nhiệm pháp lý theo §1879(a)(2) của Đạo Luật đang là vấn đề tranh cãi.

Chữ ký	Ngày
--------	------

HƯỚNG DẪN VÀ YÊU CẦU CỦA QUY ĐỊNH

Hướng dẫn

Tên của Bên Chỉ Định (bắt buộc): Đây là tên của cá nhân hoặc tổ chức có quyền nộp đơn yêu cầu bồi thường hoặc kháng cáo (tên của người có Medicare hoặc tên của nhà cung cấp hoặc nhà cung ứng).

Số Medicare hoặc Mã Định Danh nhà Cung Cấp Quốc Gia (bắt buộc): Phải hoàn thành phần này khi cá nhân hoặc tổ chức chỉ định một người đại diện có số Medicare hoặc Mã Định Danh Nhà Cung Cấp Quốc Gia. Nếu không áp dụng thì điền “không áp dụng”.

Tất cả các trường trong Phần 1 và 2 là bắt buộc trừ khi được ghi chú là không bắt buộc trong trường này. Xem quy định tại [42 CFR 405.910](#).

Tính Phí Đại Diện cho Người Thụ Hưởng trước Bộ Trưởng HHS

Một luật sư hoặc một người đại diện khác cho người thụ hưởng muốn tính phí cho các dịch vụ được cung cấp liên quan đến một kháng cáo trước Bộ Trưởng HHS (tức là một phiên điều trần của Administrative Law Judge (ALJ, Thẩm Phán Luật Hành Chính) hoặc phiên xem xét của luật sư trọng tài do Office of Medicare Hearings and Appeals (OMHA, Văn Phòng Điều Trần Medicare và Kháng Cáo) thực hiện, phiên xem xét của Medicare Appeals Council (Hội Đồng Kháng Cáo Medicare) hoặc một thủ tục tố tụng trước OMHA hoặc Medicare Appeals Council phát sinh từ việc trả lại hồ sơ để điều tra thêm của tòa án quận liên bang tạm giam) cần để xin phê duyệt khoản phí theo 42 CFR 405.910(f).

Biểu mẫu OMHA-118, “Đơn Xin Phê Duyệt Phí Đại Diện cho Người Thụ Hưởng”, cung cấp thông tin cần thiết để xin phê duyệt phí. Người đại diện phải điền đơn này và nộp cùng với yêu cầu phiên điều trần ALJ, phiên xem xét OMHA hoặc yêu cầu Medicare Appeals Council xem xét. Không cần phê duyệt khoản phí cho người đại diện nếu: (1) người kháng cáo được đại diện là nhà cung cấp hoặc nhà cung ứng; (2) khoản phí đó dành cho các dịch vụ được cung cấp với tư cách chính thức như tư cách của người giám hộ hợp pháp, ủy ban hoặc đại diện tương tự do tòa án chỉ định và tòa án đã phê duyệt khoản phí được đề cập; (3) khoản phí đó chi trả cho việc đại diện cho người thụ hưởng trong một thủ tục tố tụng tại tòa án quận liên bang; hoặc (4) khoản phí đó chi trả cho việc đại diện cho người thụ hưởng trong quá trình xác định lại hoặc xem xét lại. Nếu muốn, người đại diện có thể miễn trừ khoản phí. Quý vị có thể tìm thấy biểu mẫu OMHA-118 tại: <https://www.hhs.gov/sites/default/files/OMHA-118.pdf>

Phê Duyệt Khoản Phí

Yêu cầu phê duyệt khoản phí đảm bảo rằng người đại diện sẽ nhận được giá trị công bằng cho các dịch vụ được thực hiện trước HHS thay mặt cho người thụ hưởng và cung cấp cho người thụ hưởng biện pháp bảo đảm rằng khoản phí đó được xác định là hợp lý. Khi phê duyệt khoản phí được yêu cầu, OMHA hoặc Medicare Appeals Council sẽ xem xét bản chất và loại dịch vụ được cung cấp, mức độ phức tạp của vụ việc, mức độ kỹ năng và năng lực cần thiết khi cung cấp dịch vụ, lượng thời gian dành cho vụ việc, kết quả đạt được, mức độ xem xét hành chính mà người đại diện đã thực hiện kháng cáo và khoản phí mà người đại diện yêu cầu.

Xung Đột Lợi Ích

Các Mục 203, 205 và 207 của Tiêu Đề XVIII của Bộ Luật Hoa Kỳ quy định rằng một số quan chức, nhân viên và cựu quan chức và nhân viên trước đây của Hoa Kỳ sẽ phạm tội hình sự nếu cung cấp một số dịch vụ nhất định trong các vấn đề ảnh hưởng đến Chính Phủ hoặc trợ giúp hay hỗ trợ trong quá trình truy tố các yêu sách chống lại Hoa Kỳ. Những cá nhân có xung đột lợi ích sẽ không được làm người đại diện cho người thụ hưởng trước HHS.

Nơi Gửi Biểu Mẫu này

Hãy gửi biểu mẫu này đến cùng địa điểm nơi quý vị đang gửi (hoặc đã gửi): đơn kháng cáo nếu bạn quý vị đang nộp đơn kháng cáo, đơn than phiền hoặc khiếu nại nếu quý vị đang nộp đơn than phiền hoặc khiếu nại, hoặc xác định hoặc quyết định ban đầu nếu quý vị đang yêu cầu xác định hoặc quyết định ban đầu. Nếu cần trợ giúp thêm, hãy liên hệ theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227, người dùng TTY gọi 1-877-486-2048) hoặc chương trình Medicare của quý vị.

Quý vị có quyền nhận thông tin về Medicare ở định dạng dễ tiếp cận, như bản in khổ lớn, chữ nổi Braille hoặc âm thanh. Quý vị cũng có quyền nộp đơn khiếu nại nếu quý vị cảm thấy mình đã bị phân biệt đối xử. Truy cập <https://www.medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice>, hoặc gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) để biết thêm thông tin. Người dùng TTY có thể gọi 1-877-486-2048.

Theo Paperwork Reduction Act of 1995 (Đạo Luật Giảm Thiểu Thủ Tục Giấy Tờ năm 1995), không ai phải phản hồi yêu cầu thu thập thông tin trừ khi yêu cầu đó có số kiểm soát Office of Management and Budget (OMB, Văn phòng Quản Lý và Ngân sách) hợp lệ. Số kiểm soát OMB hợp lệ cho bản thu thập thông tin này là 0938-0950. Thời gian cần thiết để chuẩn bị và phân phát bản thu thập thông tin này là 15 phút đối với mỗi thông báo, bao gồm cả thời gian chọn biểu mẫu in sẵn, hoàn thành và chuyển cho người thụ hưởng. Nếu quý vị có bất kỳ ý kiến nào liên quan đến tính chính xác của các ước tính thời gian hoặc có các đề xuất để cải thiện biểu mẫu này, vui lòng gửi thư tới địa chỉ CMS, PRA Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850.